LUBELSKI ROCZNIK PEDAGOGICZNY
T. XXXX, z. 2 – 2021

DOI: 10.17951/lrp.2021.40.2.67-85

Elżbieta Kręcisz-Plis
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
ORCID – 0000-0001-5475-9301

SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE DZIECI I MŁODZIEŻY Z PADACZKĄ

Streszczenie: Wprowadzenie: Padaczka jest jedną z najczęściej spotykanych chorób przewlekłych układu nerwowego. Występuje u ok. 0,5–1% dzieci w wieku szkolnym. Należy podkreślić, że choroba przewlekła zawsze stanowi bardzo trudną i stresującą sytuację, nie tylko dla dziecka i jego rodziny, ale także dla środowiska nauczycielskiego współpracującego z uczniem. **Cel badań:** Zwrócenie uwagi na sytuację szkolną dziecka z padaczką, ze szczególnym uwzględnieniem jego potrzeb edukacyjnych wynikających ze specyfiki choroby.

Słowa kluczowe: specjalne potrzeby edukacyjne, padaczka

WPROWADZENIE

Każde dziecko ma prawo do edukacji, niezależnie od swojego stanu zdrowia. Prawo to określa artykuł 70 Konstytucji RP, pkt 1, 2 i 4. Obowiązkiem szkoły jest natomiast zapewnić każdemu uczniowi, bez względu na jego stan zdrowia czy sprawność, warunki niezbędne do jego prawidłowego rozwoju i edukacji (Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991, Dz. U. 1991 Nr 95, poz. 425).

Termin „specjalne potrzeby edukacyjne" w literaturze naukowej pojawił się po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii w 1978 roku w tzw. *Warnock Report*. Obejmował on wówczas swoim zasięgiem „dzieci, które nie potrafią podołać wymaganiom programu nauczania powszechnie obowiązującego w szkołach, nie mieszczą się w powszechnie obowiązującym systemie edukacyjnym. Są one w stanie kontynuować naukę […], ale potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania, specjalnych metod nauczania dostosowanych do ich potrzeb, ograniczeń i możliwości" (Krzyżyk, 2012, s. 9). Źródła specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci i młodzieży mogą stanowić: szczególne uzdolnienia, niepełnosprawność,

zagrożenie niedostosowaniem społecznym i niedostosowanie społeczne, specyficzne trudności w uczeniu się, deficyty kompetencji i zaburzenia komunikacji językowej, zaburzenia zachowania lub emocji, choroby przewlekłe, sytuacje kryzysowe lub traumatyczne, rozpoznane niepowodzenia edukacyjne, zaniedbania środowiskowe, trudności adaptacyjne wynikające z różnic kulturowych lub z wcześniejszego kształcenia w innych systemach edukacji (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz. U. 2017 poz. 1643).

MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PADACZKI

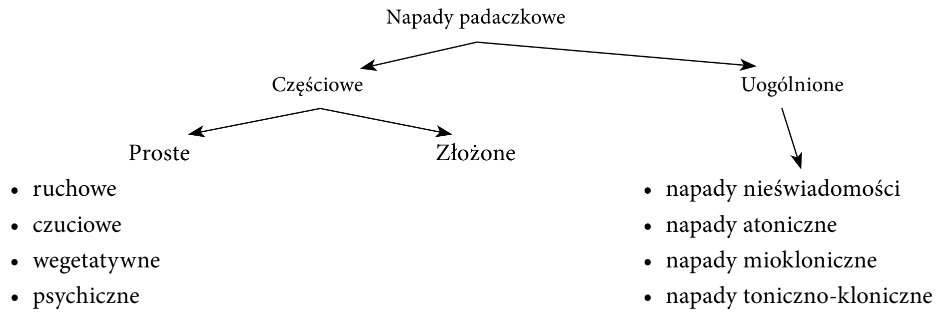
Niniejszy artykuł porusza problematykę szkolnego funkcjonowania dzieci i młodzieży z diagnozą jednej z najczęściej występujących przewlekłych chorób neurologicznych – mianowicie z diagnozą padaczki (Kowalczyk, 2013). Pod pojęciem choroby przewlekłej rozumie się „długotrwałe zaburzenie […] zdrowia i samopoczucia, które narusza prawidłowy rozwój psychoruchowy, utrudnia […] edukację i powoduje zmiany w sytuacji rodzinnej" (Maciarz, 2006, s. 9), którego doświadczenie niesie ze sobą skutki zarówno o charakterze okresowym, jak i trwałym. Skutki okresowe są związane z nasileniem symptomów choroby, a objawiać się mogą przejściowym obniżeniem kondycji psychofizycznej osoby chorej w następstwie czasowych dolegliwości somatycznych, np. podwyższonej temperatury ciała, nieprawidłowości w przebiegu procesów fizjologicznych organizmu czy wzmożeniem dolegliwości bólowych. Po upływie określonego czasu następuje poprawa kondycji zdrowotnej człowieka, okresowe skutki choroby ustępują, a on sam powraca do poprzedniej sprawności. Trwałe skutki choroby natomiast mają charakter nieodwracalny. Związane są zwykle z chorobami o charakterze przewlekłym, cechującymi się ostrymi rzutami, nawrotami czy dużymi napadami, a zmiany powstałe w ich następstwie najczęściej są obserwowane w intelektualnej, emocjonalnej, społecznej i fizycznej sferze funkcjonowania człowieka (Janion, 2007).

Padaczka nie jest chorobą typową, a zespołem objawów o charakterze somatycznym, wegetatywnym i psychicznym (Jędrzejczak, 2014; Krause, Kozik, 2008; Maciarz, 2009; Nowicka, 2001), który może podlegać regresji, być statyczny lub postępujący (Majkowski, 2001). Według ILAE (International Leauge Against Epilepsy) „Padaczka jest chorobą mózgu charakteryzującą się trwałą predyspozycją do napadów padaczkowych z ich skutkami neurobiologicznymi, intelektualnymi, psychologicznymi i społecznymi" (Pierzchała, 2015, s. 171). Jako główne warunki postawienia diagnozy padaczki ILAE wymienia: (1) wystąpienie przynajmniej jed-

nego napadu padaczkowego; (2) istnienie trwałej zmiany w mózgu, która zwiększa prawdopodobieństwo napadów w przyszłości; (3) związane z chorobą zaburzenia neurobiologiczne, intelektualne, psychologiczne i społeczne (Pierzchała, 2015, s. 171; por. Branford, Bhaumik, Kiani, 2015). Na świecie żyje ok. 50 mln osób chorych na padaczkę, a wskaźnik zachorowalności na tę chorobę wynosi 60/100 tys. w ciągu roku (Małkowska-Szkutnik, Woynarowska, 2017). W Polsce na padaczkę choruje ok. 1% populacji, a co roku liczba osób chorych powiększa się o ok. 20–28 tys. (Pawłowska-Jaroń, 2014). Jeśli chodzi o dzieci w wieku szkolnym zamieszkujące na terenie Polski, choroba ta występuje u ok. 45–50 tys. uczniów (Małkowska-Szkutnik, Woynarowska, 2017).

Najczęściej padaczka jest kojarzona z napadami o charakterze toniczno-klonicznym, tzw. *grand mal*, którym często towarzyszy przygryzienie języka, mimowolne oddanie moczu, utrata przytomności osoby chorej, bezdech i sinica. Tymczasem jak podaje Joanna Jędrzejczak (2014), obecnie można wyróżnić ok. 40 postaci napadów. Podstawę podziału napadów padaczkowych mogą stanowić czynniki etiologiczne, moment wystąpienia pierwszego napadu (wiek chorego), lokalizacja nieprawidłowych wyładowań, objawy kliniczne, charakter zapisu elektroencefalograficznego oraz charakter występujących i powtarzających się napadów (Sander, Hart, 2002, s. 14). Napady padaczkowe można podzielić na dwie grupy: napady częściowe (ogniskowe) i pierwotnie uogólnione.

Rysunek 1.
Rodzaje napadów padaczkowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Jędrzejczak, 2014, s. 666.

Częściowe (ogniskowe) napady padaczkowe stanowią 60% wszystkich napadów u chorych na padaczkę. Rozpoczynają się w obrębie sieci neuronalnej jednej z półkul mózgowych, w strukturach podkorowych, skąd mogą się nieznacznie

rozprzestrzeniać. Z kolei napady padaczkowe uogólnione swój początek mają w określonym punkcie sieci neuronalnej mózgu, skąd rozprzestrzeniają się na obie półkule. Swoim zasięgiem obejmują zarówno korę, jak i struktury podkorowe, powodują zaburzenia świadomości i obustronne objawy ruchowe (Pierzchała, 2015).

Napady częściowe proste, występujące najczęściej, przebiegają bez zaburzeń świadomości osoby chorej (Kmieć, 2010), a towarzyszące im objawy zależą od miejsca ogniska padaczkowego w mózgu (Jędrzejczak, 2014). Ten typ napadów zwykle pojawia się nagle, a czas jego trwania jest krótki, o ile nie dochodzi do dalszego szerzenia się pobudzeń (Sander, Hart, 2002). Napady częściowe złożone z kolei charakteryzują się występowaniem zaburzeń świadomości i niepamięcią objawów (Jędrzejczak, 2014).

Napady ruchowe są następstwem wyładowań elektrycznych w komórkach nerwowych w obrębie okolicy ruchowej mózgu. Polegają one na drgawkach ręki, zwrocie gałek ocznych, głowy czy tułowia w jedną stronę. Zdarzają się napady padaczkowe z typowym „marszem" objawów (w obrębie twarzy, palców dłoni czy stopy) (Jędrzejczak, 2014; Kmieć, 2010).

Napady czuciowe, połączone ze zmysłowymi, są związane z podrażnieniem kory czuciowej (Jędrzejczak, 2008). „Napady somatosensoryczne […] zwykle są opisywane jako uczucie kłucia, drętwienia czy mrowienia" (Krause, Kozik, 2008, s. 303). W czasie trwania napadu mogą współwystępować zaburzenia propriocepcji czy percepcji przestrzennej (s. 303), a także objawy przedsionkowe czy zawroty głowy (Jędrzejczak, 2008). Towarzyszące napadowi doznania zmysłowe mogą objawiać się zarówno pod postacią doznań o charakterze negatywnym, np. ślepota, jak i pozytywnym, np. halucynacje smakowe, węchowe (odczuwanie dziwnych i nieprzyjemnych zapachów), słuchowe (np. gwizdy, buczenie) (Jędrzejczak, 2008; Kmieć, 2010; Pierzchała, 2015).

Napady wegetatywne objawiają się sensacjami w nadbrzuszu lub w klatce piersiowej. Osoba chora może uskarżać się na uczucie dyskomfortu żołądkowo-jelitowego, mogą pojawić się wymioty. Napadowe objawy w obrębie klatki piersiowej przybierają postać zaburzeń rytmu serca, bezdechu, hiperwentylacji, pocenia się, zaczerwienienia lub blednięcia skóry (Jędrzejczak, 2014).

Jak podaje Krystyna Pierzchała (2015, s. 176), napady częściowe proste o charakterze psychicznym objawiają się doznawaniem przez osoby chore „czegoś znanego lub nierealnego (*deja vu*, *jamais vu*), depersonalizacji, zaburzeń afektywnych czy też doznań mistycznych".

Charakteryzując napady padaczkowe częściowe złożone, Joanna Jędrzejczak (2014) wyróżnia ich trzy postacie: (1) znieruchomienie, (2) zahamowanie dotychczasowej czynności oraz (3) stan zamroczenia z czynnościami, takimi jak przełykanie, poruszanie ustami, żucie, skubanie, składanie rąk.

Należące do napadów uogólnionych napady nieświadomości dzieli się na dwie grupy: (1) napady nieświadomości typowe, (2) napady nieświadomości nietypowe. „Napady nieświadomości typowe polegają na nagłej utracie świadomości, bez upadku pacjenta, ze znieruchomieniem. Po napadzie chory natychmiast podejmuje przerwaną czynność. Napady mogą być częste – od kilku […] do kilkudziesięciu dziennie" (Jędrzejczak, 2008, s. 18). W czasie napadów mogą współwystępować mioklonie lub automatyzmy. Miokloniami nazywa się „nagły, niezależny od woli skurcz mięśni pochodzenia padaczkowego lub innego, który może być jedno- lub obustronny, pojedynczy lub wielokrotny, synchroniczny lub nierytmiczny, obejmujący izolowane mięśnie lub wszystkie grupy mięśniowe" (Pierzchała, 2015, s. 175). Automatyzmy z kolei są definiowane jako mimowolne ruchy lub czynności, których Krause i Kozik (2008) wyróżniają pięć rodzajów: jedzenia (żucie, ślinienie się), mimiki (zwykle strach), gestów (np. skubanie ubrania), wędrowania i automatyzmy werbalne. Natomiast nietypowe napady nieświadomości zwykle łączą się z innymi objawami, takimi jak zmiany w napięciu mięśniowym (Jędrzejczak, 2008).

Napady atoniczne objawiają się nagłą utratą napięcia mięśniowego, skutkiem czego chory upada. Napadom z tej grupy często towarzyszą urazy głowy spowodowane gwałtownym, niespodziewanym upadkiem (Oszwa, 2007).

Napady miokloniczne to występujące głównie u dzieci i młodzieży nagłe i krótkie skurcze mięśni, zajmujące część bądź całe ciało. Charakterystyczne dla tego typu napadów padaczkowych są gwałtowne zrywania/szarpnięcia mięśniowe, pojawiające się często po nieprzespanej nocy. Opisywany skurcz mięśni może być jednostronny lub obustronny, pojedynczy lub wielokrotny, synchroniczny lub nierytmiczny. Swym zasięgiem może obejmować zarówno wyizolowane mięśnie, jak i całe grupy mięśniowe (Pierzchała, 2015). Czas trwania napadu mioklonicznego wynosi od 1 do 5 s, a zachodzi on przy pełnej świadomości osoby chorej (Jędrzejczak, 2014).

U podłoża padaczki leży zachwianie równowagi w neurochemicznych substancjach mózgowych, strukturalne uszkodzenia mózgu lub zaburzenia genetyczne, które zwiększając pobudzenie komórek neuronalnych mózgu, powodują ogniskowy lub uogólniony napad padaczkowy (Putra, Triono, Susilawati, 2018). W Polsce choruje na nią ok. 400 tys., natomiast każdego roku liczba ta wzrasta od 20 tys. do 28 tys. (Jędrzejczak, 2014).

Padaczka jest powiązana ze spektrum zaburzeń behawioralnych, psychiatrycznych, poznawczych i społecznych (Herman i wsp., 2008; Putra i wsp., 2018; Smith, Elliott, Lach, 2002). Jak podaje literatura naukowa, może to być związane ze zmianami strukturalnymi w mózgu, w następstwie których upośledzeniu ulegają funkcje pełnione przez jego obszary dotknięte wspomnianą zmianą. Szczególnie dotkliwe w skutkach bywają padaczki pojawiające się już w okresie niemowlęcym,

w krytycznych okresach rozwoju dziecka. Im wcześniej pojawi się choroba, tym cięższe mogą okazać się konsekwencje poznawcze (Berg, 2011; Chaix i wsp., 2006).

Wystąpienie padaczki pociąga za sobą szereg zaburzeń, w tym również w zakresie charakteryzowanego funkcjonowania poznawczego (Carlton-Ford i wsp., 1997; Davies, Heyman, Goodman, 2003; Herman i wsp., 2008; Mishra i wsp., 2016; Putra, Triono, Susilawati, 2018; Smith, Elliott, Lach, 2002; Soria i wsp., 2012; Thijs i wsp., 2019). Ewa Mojs i współpracownicy (2007) szacują, że dotyczą one ok. 30% osób cierpiących na tę chorobę. Może to być związane ze zmianami strukturalnymi w mózgu, w następstwie których zaburzeniu ulegają funkcje pełnione przez obszary mózgu dotknięte wspomnianą zmianą, lub z zażywanymi lekami przeciwpadaczkowymi (Pawłowska-Jaroń, 2014). Zaburzenia funkcji poznawczych mogą obejmować pamięć deklaratywną i operacyjną, procesy uwagi, elastyczność psychiczną, szybkość psychomotoryczną oraz funkcje przestrzenne, które z kolei mogą prowadzić do trudności w zakresie planowania czy myślenia koncepcyjnego. Wspomniane deficyty są obserwowane u dzieci z diagnozą padaczki jeszcze przed wdrożeniem leczenia farmakologicznego, co pozwala wiązać je z ewentualnym zespołem padaczkowym lub też chorobą mózgu, z którą padaczką współwystępuje (Halczuk, 2005). Szczególnie dotkliwe w skutkach bywają padaczki pojawiające się już w okresie niemowlęcym, w krytycznych okresach rozwoju dziecka. Im wcześniej pojawi się choroba, tym cięższe mogą okazać się konsekwencje poznawcze (Berg, 2011; Chaix i wsp., 2006).

Obniżenie funkcji intelektualnych stwierdza się u co czwartego dziecka z diagnozą padaczki (Aldenkamp, Arends, 2004; Berg, 2011; Putra i wsp., 2018). Choroba sprawia, że zaburzeniu ulega proces uczenia się, zapamiętywania oraz przeprowadzania podstawowych operacji myślowych. Na funkcjonowanie poznawcze dziecka z padaczką ma wpływ wiele czynników, wśród których wymienia się m.in. moment wystąpienia pierwszego napadu padaczkowego, typ padaczki oraz rodzaj występujących napadów, czas podawania oraz rodzaj leku przeciwdrgawkowego, obraz EEG czy współwystępujące zaburzenia neurorozwojowe (Bulteau i wsp., 2000; Putra i in., 2018). Poziom intelektualnego funkcjonowania dziecka chorego może ulegać zmianom wraz z dynamiką choroby w trakcie jej trwania, może też na stałe ulec obniżeniu (Janion, 2007).

W wielu doniesieniach z badań podkreśla się, że uczniowie z epilepsją częściej osiągają niższe wyniki edukacyjne (Mishra i wsp., 2016; Oleś, 2010; Oostrom i wsp., 2005). Ashiq Ali Shah i Azizah Othman (2017) wskazują, że aż 70% dzieci chorych na padaczkę wykazuje trudności w uczeniu się w związku z zaburzeniami funkcji poznawczych. Ewa Mojs i współpracownicy (2007) badając poziom intelektualnego funkcjonowania dzieci z padaczką, określili, że 80% chorych dzieci funkcjonuje w granicach normy intelektualnej lub niepełnosprawności

intelektualnej w stopniu lekkim. Padaczka obniża możliwości dzieci w zakresie funkcjonowania układów sensorycznych (wzrokowego i słuchowego), zaburza koordynację wzrokowo-ruchową, generuje trudności z pamięcią oraz w zakresie koncentracji uwagi, których prawidłowe działanie jest niezbędne dla pełnego uczestnictwa w procesie edukacyjnym oraz prawidłowego odbioru i przetwarzania informacji (Maciarz, 1996; Mojs, 2001; Oleś, 2010). Osoby z padaczką gorzej radzą sobie z ukończeniem nauki szkolnej (Deonna i wsp., 2000; por. Schouten i wsp., 2002). Yves Chaix i współpracownicy (2006) również zauważyli, że dzieci z padaczką przejawiają trudności w nauce szkolnej, m.in. w nauce czytania, opanowania poprawnej pisowni, czy z nauką matematyki. Zdaniem autorów trudności w nauce szkolnej dzieci chorych na padaczkę często wynikają z parcjalnych deficytów poznawczych, nie zaś z zaburzeń globalnych funkcji intelektualnych.

FARMAKOTERAPIA W LECZENIU PADACZKI

Leki podawane osobom chorym na padaczkę z założenia mają zapobiegać występowaniu napadów padaczkowych. Niestety często ich zażywanie pociąga za sobą efekty uboczne, wywierające wpływ na codzienne funkcjonowanie osoby chorej. Nauczyciele pracujący z dzieckiem z padaczką winni zostać zaznajomieni z ewentualnymi skutkami ubocznymi, jakie mogą powodować leki przyjmowane przez uczniów. Poniższa tabela zawiera wykaz leków przeciwpadaczkowych dostępnych obecnie na polskim rynku, ze wskazaniem możliwych efektów ubocznych.

Tabela 1.
Leki przeciwpadaczkowe dostępne w Polsce i ich możliwe działanie uboczne

Nazwa leku	Możliwie działanie uboczne
Acetazolamid	• parestezje, złe samopoczucie, brak apetytu, spadek wagi, umiarkowany wielomocz, depresja, senność, zawroty głowy
ACTH – hormon adrenokortykotropowy	• leukocytoza, drażliwość, nadciśnienie, wymioty, obrzęki obwodowe, twarz cushingoidalna, krwawienia z przewodu pokarmowego, zaburzenia elektrolitowe, odwracalny zanik mózgu, posocznica, hiperglikemia, niewydolność zastoinowa serca
Chlormetiazol	• depresja ośrodka oddechowego, tachykardia, spadek ciśnienia tętniczego krwi, pogłębienie zaburzeń świadomości, hiponatremia, obrzęk śluzówek nosa, bóle głowy
Diazepam	• sedacja, depresja ośrodka oddechowego, hipotensja, przytępienie, senność, zawroty głowy, ataksja, zaburzenia widzenia, amnezja

Nazwa leku	Możliwie działanie uboczne
Etosuksymid	• zaburzenia ze strony układu pokarmowego: brak łaknienia, dyskomfort w jamie brzusznej, czkawka, nudności, wymioty, utrata masy ciała, biegunka • zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego: bóle i zawroty głowy, sedacja, senność, zaburzenia snu, niezborność ruchów, pobudzenie psychoruchowe (również agresja), zaburzenia psychiczne
Felbamat	• podwójne widzenie, bezsenność, bóle i zawroty głowy, ataksja, brak apetytu, nudności, wymioty • możliwe ciężkie uszkodzenie szpiku i wątroby
Fenobarbital	• zmiany poznawcze i zachowania, spowolnienie psychomotoryczne, słaba koncentracja, depresja, poirytowanie, spadek libido • długotrwałe przyjmowanie leku może powodować osteomalację, może również prowadzić do uzależnienia
Fenytoina	• zaburzenia ze strony układu przedsionkowego i móżdżku – ataksja i oczopląs • senność, nudności i wymioty, pokrzywka, bóle głowy, niedobór kwasu foliowego i witaminy K, spadek libido, różne dysfunkcje hormonalne (m.in. hirsutyzm, trądzik) i hipoplazja szpiku • podawana podczas ciąży może powodować wady rozwojowe
Karbamazepina	• zawroty i bóle głowy, podwójne widzenie, oczopląs, nudności, ataksja, uczucie zmęczenia, zaburzenia widzenia, wysypki skórne • wśród rzadkich reakcji o charakterze idiosynkrazji wyróżnia się anemię plastyczną, agranulocytozę, trombocytopenię i zespół Stevensa-Johnsona • bardzo rzadkie działanie uboczne – ciężkie reakcje hepatotoksyczne
Klonazepam	• sedacja, ataksja, osłabienie mięśni, ślinotok, hiperaktywność, zaburzenia zachowania, poirytowanie, depresja układu oddechowego i sercowo-naczyniowego
Kwas walproinowy	• nudności i wymioty, bóle brzucha, drżenie, przybieranie na wadze, wypadanie włosów, senność • możliwy niekorzystny wpływ na układ hormonalny; może przyczyniać się do wystąpienia insulinooporności, cykli bezowulacyjnych i zaburzeń miesiączkowania • możliwy efekt hepatotoksyczny – niewydolność wątroby kończąca się zgonem chorego
Okskarbazepina	• senność, zmęczenie, bóle i zawroty głowy, wysypka, łagodna hiponatremia, zwiększenie masy ciała, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, łysienie, ataksja
Felbamat	• zmęczenie, zmniejszenie masy ciała, bezsenność, obrzęk twarzy, ból głowy, podwójne widzenie, ataksja, niepokój, trądzik, wysypka, niestrawność, wymioty
Gabapentyna	• nadmierna senność, zawroty i bóle głowy, ataksja, podwójne widzenie
Lamotrygina	• wysypka, bóle głowy, senność, ataksja, podwójne widzenie, drżenie, zaburzenia snu, objawy psychotyczne, nadwrażliwość na lek
Lewetyracetam	• senność, zawroty głowy, infekcje górnych dróg oddechowych, pobudzenie, agresja, psychoza, depresja
Piracetam	• biegunki, przyrost wagi, bezsenność, depresja, hiperkinezja
Pregabalina	• senność, astenia, ból głowy, ataksja, zwiększenie masy ciała
Prymidon	• zawroty głowy, osłabienie, senność, ataksja
Tiagabina	• zawroty głowy, bóle głowy, nadmierna senność, zmęczenie, labilność nastroju, drżenia mięśniowe, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, wybroczyny, zaburzenia koordynacji i ataksja

Nazwa leku	Możliwie działanie uboczne
Topiramat	• ataksja, trudności w skupieniu, zawroty głowy, uczucie zmęczenia, senność, nadpobudliwość nerwowa, parestezje, zaburzenia pamięci, depresja, spowolnienie mowy
Wigabatryna	• ubytki w polu widzenia, senność, obniżenie nastroju, rozdrażnienie, nadpobudliwość, drażliwość, zaburzenia zachowania, depresja; możliwy zespół paranoidalny (zaledwie u 4% chorych) • wśród następstw zażywania leku w początkowym okresie jego przyjmowania wyróżnia się zmęczenie, bóle głowy, zawroty głowy, drżenie, podwójne widzenie
Zonisamid	• zawroty głowy i zaburzenia równowagi, możliwość wystąpienia kamicy nerkowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Jędrzejczak, 2008, s. 61–71; Sander, Hart, 2002, s. 115–132.

W literaturze naukowej funkcjonuje podział wspomnianych objawów niepożądanych na cztery kategorie. Pierwsza z nich to objawy stosunkowo łatwe do przewidzenia, których występowanie jest bezpośrednio związane ze stosowaniem danego leku. Drugą grupę stanowią te objawy, których pojawienie się u pacjenta nie jest związane z farmakologicznym działaniem leku. Są to tzw. objawy idiosynkratyczne, które nie ulegają zmniejszeniu, ani nie zanikają wraz ze zmianą zaleconej dawki leku, a ich skutkiem może być nawet zagrożenie życia osoby chorej. Do grupy trzeciej objawów niepożądanych zalicza się te, które pojawiają się jako następstwo długotrwałego leczenia, natomiast grupę ostatnią stanowią objawy będące następstwem teratogennego lub karcinogennego działania stosowanych środków farmakologicznych (Pawłowska-Jaroń, 2014).

Leczenie padaczki jest procesem długotrwałym, który trwa nadal nawet po ustąpieniu napadów padaczkowych przez okres od 2 do 5 lat (Jóźwiak, 2009), skuteczność leczenia jest natomiast w dużym stopniu zależna od jego systematyczności. Każda zmiana leku, czy też jego dawki, jest dokonywana pod ścisłą kontrolą lekarską, z zastosowaniem wysokiego stopnia ostrożności, gdyż każda taka zmiana potencjalnie może zakończyć się wystąpieniem napadu drgawkowego. Tak jak w przypadku większości leków zażywanych podczas leczenia innych chorób, częstotliwość występowania wymienionych działań ubocznych może być różna. Nauczyciele winni zostać z nimi zaznajomieni, a uczniowie chorzy na padaczkę nie powinni być karani za zachowania, które mogą wynikać z działania przyjmowanych leków (m.in. ogólnie złe samopoczucie, wahania nastrojów, drażliwość, nadpobudliwość, trudności z koncentracją uwagi, trudności z zapamiętywaniem czy zaburzenia zachowania).

Bardzo istotne jest dokonanie rozpoznania, jak bardzo padaczka wpływa na funkcje poznawcze u dzieci. Pozwoli to dookreślić adekwatne oddziaływania, mające na celu zminimalizowanie negatywnego wpływu choroby na funkcjonowanie szkolne dziecka (Putra i wsp., 2018).

UCZEŃ Z PADACZKĄ – WYBRANE KWESTIE PEDAGOGICZNE

Badacze stoją na stanowisku, że diagnoza padaczki nie stanowi przyczyny, dla której dziecko chore miałoby zostać pozbawione możliwości pobierania nauki wraz ze zdrowymi rówieśnikami. Wręcz przeciwnie, dziecko z padaczką, również to, u którego stwierdza się niższe funkcjonowanie intelektualne, z powodzeniem odnajdzie swoje miejsce w szkole ogólnodostępnej, zwłaszcza na etapie wychowania przedszkolnego czy edukacji wczesnoszkolnej. Warunkiem jest jednak odpowiednie planowanie rehabilitacji poznawczej dziecka już we wczesnym okresie jego życia (Bulteau i in., 2000).

Szkolne funkcjonowanie uczniów z padaczką znalazło się w obszarze zainteresowań m.in. Roland Ibekwe i Ngozi Ojinnaka (2008), którzy po przebadaniu 50 dzieci z diagnozą epilepsji stwierdzili, że co piąte z nich (20%) miało niskie osiągnięcia w nauce. W porównaniu z populacją dzieci zdrowych uczniowie z padaczką osiągali niższe wyniki w nauce w zakresie takich przedmiotów, jak język angielski (Deonna i in., 2000), przedmioty ścisłe czy nauki społeczne. W odniesieniu do nauki matematyki badacze stwierdzili, że stanowi ona wzywanie zarówno dla dzieci chorych, jak i zdrowych, co wynikać może z faktu, iż ta dziedzina nauki wymaga umiejętności przeprowadzania skomplikowanych operacji myślowych. Jak zauważyli autorzy, występowanie napadów padaczkowych negatywnie wpływa na uczestnictwo dzieci w zajęciach szkolnych, co z kolei generuje dodatkowo braki w wiedzy i zaległości w nauce. U dzieci z padaczką zauważono ponadto częstsze powtarzanie roku w tej samej klasie, niż występuje to u dzieci z innymi chorobami przewlekłymi (Schouten i in., 2002).

Anneke Schouten i współpracownicy (2002) w swojej pracy badawczej skoncentrowali się także na szkolnych osiągnięciach dzieci z diagnozą padaczki. Badaniem objęli grupę 69 osób, w tym 33 chłopców i 36 dziewcząt w wieku między 5. a 16. rokiem życia. Autorzy ustalili, że dzieci z padaczką uzyskiwały niższe wyniki w nauce niż dzieci zdrowe, a podczas lekcji wymagały specjalnego wsparcia edukacyjnego. Dzieci chore na padaczkę częściej także powtarzały rok w tej samej klasie, niż obserwowano to w przypadku uczniów z innymi chorobami przewlekłymi.

Florence Pinton i współpracownicy (2005) również zainteresowali się umiejętnościami szkolnymi dzieci chorych na padaczkę. Przebadali grupę 18 osób (11 chłopców i 7 dziewcząt) w wieku od 4 lat i 2 miesięcy do 8 lat i 10 miesięcy, natomiast uzyskane przez nich wyniki potwierdzają występowanie zaburzeń poznawczych u dzieci z diagnozą padaczki, u których autorzy zaobserwowali trudności w uczeniu się, opóźnienie w nabywaniu takich umiejętności, jak czytanie i liczenie, a także zaburzenia uwagi i pamięci wzrokowo-przestrzennej.

O poznawczym funkcjonowaniu dzieci z padaczką pisali też Bayu Pratam Putra, Agung Triono i Dwi Susilawati (2018), których celem było określenie znaczenia występowania padaczki dla poziomu funkcji poznawczych u dzieci. Swoje wnioski autorzy wysnuli na podstawie analizy dokumentacji medycznej 40 młodych pacjentów jednej z klinik w Indonezji. Jako punkt odniesienia dla określenia występowania ewentualnego upośledzenia funkcji poznawczych u osób objętych badaniem badacze przyjęli wyniki uzyskane przez dzieci w badaniach z wykorzystaniem Skali Inteligencji Stanford-Bineta oraz Skali Inteligencji Wechslera. Jak pokazały wyniki przeprowadzonych analiz, wśród 40 pacjentów objętych badaniem blisko połowa (19 osób) uzyskała wynik poniżej 70 pkt. W ich przypadku można mówić o zaburzeniach funkcjonowania poznawczego.

Aby uczeń z chorobą przewlekłą, w tym również z diagnozą padaczki, miał szansę prawidłowo i bezpiecznie zafunkcjonować na terenie szkoły, istotne jest nawiązanie właściwych relacji i ścisłej współpracy nauczycieli tworzących zespół wychowawczy klasy, do której uczęszcza dziecko, z rodzicami ucznia. To właśnie rodzice stanowią najbogatsze źródło wiedzy i informacji na temat swojego syna czy córki oraz doświadczanych przez nich dolegliwości związanych z chorobą i bardzo często są w stanie najtrafniej określić najbardziej optymalny sposób wsparcia dziecka w procesie edukacyjnym. Należy podkreślić, że rodzice oddający swoje dziecko pod opiekę nauczycieli nawet na kilka godzin dziennie nie mają obowiązku udzielania informacji odnośnie chorób przebytych i występujących. Jak donoszą badacze, rodzice uczniów z diagnozą padaczki często nie informują szkoły o chorobie dziecka (Kourkouta i in., 2014). Sytuacja taka ma miejsce zwłaszcza wtedy, kiedy stosowana terapia przyniosła oczekiwane efekty i u dziecka od dawna nie występują napady padaczkowe. Przyczyny zatajenia faktu choroby dziecka przez jego rodziców mogą być różne – od wstydu, poprzez strach przed dyskryminacją dziecka z uwagi na stan jego zdrowia. Rodzice dzieci z padaczką zwykle nie zdają sobie sprawy z potencjalnego zagrożenia, jakie stanowi dla ich dziecka niepodanie informacji na temat faktycznego stanu zdrowia (Małkowska-Szkutnik, Woynarowska, 2017). Wyposażenie w odpowiednią wiedzę i umiejętności nauczyciele oraz pozostała kadra zatrudniona na terenie placówki oświatowej umożliwiłoby udzielenie natychmiastowej i adekwatnej pomocy dziecku w sytuacji wystąpienia bądź nasilenia objawów chorobowych. Uczniowie z padaczką stanowią grupę zróżnicowaną, jednak każdy z nich powinien być traktowany jak każdy inny członek społeczności szkolnej. Diagnoza padaczki, bez współwystępującej niepełnosprawności, nie stanowi podstawy do objęcia dziecka kształceniem specjalnym.

Zwykle pierwszą osobą w placówce, która dowiaduje się o chorobie dziecka, jest wychowawca klasy, czasem pielęgniarka szkolna czuwająca nad stanem zdrowia uczniów w danej szkole. Jednak to na wychowawcy spoczywa największa

odpowiedzialność jako na osobie, która ma najczęstszy kontakt z dzieckiem. Jego zadaniem będzie codzienna obserwacja ucznia, reakcji i zachowań dziecka w różnych szkolnych sytuacjach, a także jego funkcjonowania w grupie rówieśniczej, dlatego warto podjąć próbę dialogu z rodzicami dziecka chorego na temat przekazania szkole informacji o stanie zdrowia ucznia, oczywiście przy zapewnieniu o poufności przekazywanych danych. Skutecznym narzędziem w wykonaniu tego zadania może okazać się opracowany specjalnie na te potrzeby kwestionariusz, zawierający podstawowe pytania związane z rodzajem doświadczanych przez dziecko napadów, ewentualnych czynników mogących je wywołać, symptomów przepowiadających wystąpienie napadu czy też sposobu udzielenia dziecku pomocy w czasie napadu. W tego rodzaju dokumencie mogą znaleźć się również informacje na temat stosowanego leczenia i innych istotnych, z punktu widzenia nauczyciela oraz rodziców dziecka, kwestii.

Zadaniem kadry pedagogicznej pracującej z dzieckiem z padaczką jest przede wszystkim zabezpieczenie jego podstawowych potrzeb związanych z poczuciem bezpieczeństwa i akceptacji. Nauczyciele winni mieć na uwadze fakt, że przeprowadzanie wszelkiego rodzaju testów i egzaminów może u dziecka chorego wywołać atak padaczkowy, jako następstwo silnego stresu. Sytuacje stresowe w rzeczywistości towarzyszą uczniom w szkole każdego dnia, a zadaniem nauczycieli jest stwarzanie przyjaznej atmosfery, poczucia bezpieczeństwa oraz udzielanie uczniom potrzebnego wsparcia tak, by jak najlepiej radzili sobie w sytuacjach trudnych.

Jak wynika z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2020 poz. 1280), uczniowie cierpiący na choroby przewlekłe winni zostać objęci oddziaływaniami z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Zgodnie z treścią rozporządzenia (pkt 3) „Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w przedszkolu, szkole i placówce rodzicom uczniów i nauczycielom polega na wspieraniu rodziców i nauczycieli w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijaniu ich umiejętności wychowawczych w celu zwiększania efektywności pomocy udzielanej uczniom", a korzystanie z niej odbywa się na zasadzie dobrowolności i jest nieodpłatne. W zależności od wieku dziecka, a także od występujących w poszczególnych sferach jego funkcjonowania, forma udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej może ulegać zmianom. Warto jednak także zwrócić uwagę na kilka istotnych wskazówek, które mogą okazać się przydatne dla nauczycieli pracujących z dziećmi chorymi na padaczkę.

Tabela 2.
Wskazówki dla nauczycieli pracujących z dziećmi chorymi na padaczkę

Wskazówki dla nauczyciela do pracy z uczniem chorym na padaczkę
• Traktuj ucznia z padaczką tak samo, jak jego rówieśników. • Wybierz dla niego miejsce w klasie, które umożliwi ci obserwację jego zachowania oraz pozostawanie z nim w stałym kontakcie. • Upewniaj się, że uczeń rozumie kierowane do niego polecenia. Jeżeli trzeba, dostosuj sposób przekazywania wiedzy do możliwości ucznia, zapisuj polecania, upewniaj się, że uczeń sam zanotował wszelkie niezbędne treści i zadania. • Chwal ucznia za wysiłek i pracę, którą wkłada w realizację zadań. • Akceptuj trudne emocje ucznia. Pamiętaj, że ma on prawo to tego, aby złościć się z powodu choroby. • Zachęcaj ucznia do włączania się w codzienne aktywności podejmowane wraz z rówieśnikami. • Pamiętaj, że wśród typowych sytuacji, które zwiększają prawdopodobieństwo napadów, znajdują się sprawdziany, ustne odpowiadanie przy tablicy, sprawdzanie pracy domowej. Dbaj, aby sprawdzanie wiedzy odbywało się w miłej atmosferze. • Stres może wpłynąć na wystąpienie napadu. W szkole uczniowie codziennie przeżywają różne sytuacje, które są dla nich stresujące. Zadaniem nauczyciela jest normalizowanie sytuacji szkolnych i uwzględnianie ograniczeń ucznia wynikających z choroby. Nauczyciel powinien wyjaśniać uczniom trudności wynikające z nowych, stresujących sytuacji. • Rozpoznawaj zmianę w funkcjonowaniu ucznia i zgłaszaj ją rodzicom. • Opracuj zasady pomocy koleżeńskiej. Należy zadbać, aby uczeń z padaczką miał w klasie grupę rówieśników, którzy będą gotowi pomagać mu podczas lekcji. • Reaguj szybko na wykluczanie ucznia z padaczką z grupy rówieśniczej oraz na przejawy dręczenia.

Źródło: Małkowska-Szkutnik, Woynarowska, 2017, s. 26–27.

Warunkiem powodzenia działań podejmowanych przez nauczycieli na terenie szkoły jest ich rzetelna wiedza na temat choroby dziecka. Dlatego tak istotne jest, by kadra pedagogiczna stale poszerzała swoją wiedzę i podnosiła kwalifikacje w zakresie pracy z dzieckiem z diagnozą padaczki.

Należy pamiętać, aby udział dziecka z padaczką w życiu klasowym i szkolnym nie był ograniczany z uwagi na chorobę. Przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności, z pamięcią o wykluczaniu czynników mogących wywołać atak padaczkowy, takich jak fotostymulacja, zbyt długi czas spędzany przed monitorem komputera, hiperwentylacja, podwyższony poziom stresu czy nadmierne zmęczenie, należy dążyć do jak najsilniejszej integracji dziecka ze środowiskiem rówieśniczym. Przy wyposażeniu nauczycieli sprawujących opiekę nad uczniem chorym w odpowiednią wiedzę na temat jego choroby i jej objawów, a także po przeprowadzeniu szkolenia dotyczącego udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji wystąpienia napadu padaczkowego dziecko z padaczką z powodzeniem może uczestniczyć w wycieczkach i innego rodzaju atrakcjach organizowanych przez szkołę.

Bardzo ważnym elementem edukacji dziecka jest aktywność fizyczna, niezbędna dla prawidłowego rozwoju psychofizycznego człowieka. Diagnoza padaczki nie powinna stać się przyczyną całkowitej rezygnacji z udziału w zajęciach wychowania fizycznego. Poniższa tabela zawiera zestawienie dyscyplin sportowych z uwzględnieniem możliwości ich uprawiania przez osoby chore na padaczkę. Jak wynika z zamieszczonego zestawienia, zaledwie kilka rodzajów aktywności fizycznej jest zupełnie niewskazanych dla osób chorych.

Tabela 3.
Dostępność dyscyplin sportowych dla osób z padaczką

Dyscypliny sportowe		
Dostępne bez ograniczeń	**Dostępne przy zastosowaniu odpowiednich środków ostrożności**	**Niedostępne**
dla osób chorych na padaczkę		
aerobik	bobsleje	boks
balet	hokej	lot na paralotni
gimnastyka	jazda konna	nurkowanie z akwalungiem
golf	judo	narciarstwo wodne
badminton	kajakarstwo	skoki z klifu
hokej na trawie	jazda na łyżwach	wspinaczka skałkowa
piłka nożna	narciarstwo	surfing
kręgle	piłka wodna	
taniec	pływanie	
szermierka	rugby	
podnoszenie ciężarów	nurkowanie	
wędkarstwo	skok o tyczce	
tenis stołowy	tenis	
łucznictwo	wioślarstwo	
zapasy	żeglarstwo	
narciarstwo turystyczne	wspinaczka	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Małkowska-Szkutnik, Woynarowska, 2017, s. 30.

Trudności w nauce, pojawiające się w następstwie choroby i stosowanych metod leczenia padaczki, winny być omawiane przez zespół nauczycieli pracujących w danej klasie. Uczeń nie może być bowiem dyskryminowany ze względu na swój stan zdrowia. Zadaniem nauczycieli jest dostosowanie metod i form pracy do możliwości i potrzeb dziecka, co nierzadko będzie wymagać od nich bieżącego monitorowania funkcjonowania dziecka, którego możliwości związane z nauką mogą zmieniać się w trakcie choroby.

Bardzo istotne jest również, aby w środowisku szkolnym dziecko chore czuło się akceptowane przez otoczenie. Padaczka, z uwagi na towarzyszące jej napady, niejednokrotnie wzbudza lęk i obawy. Często w następstwie błędnych przekonań i stereotypowego myślenia zdrowych członków społeczeństwa powstaje bariera zbudowana z lęków i uprzedzeń oraz nieprawdziwych wyobrażeń na temat funkcjonowania osób chorych. Trudnym zadaniem jest obalanie stereotypów, jednak do obowiązków nauczycieli należy podejmowanie działań mających na celu korekcję nieprawidłowych postaw i zachowań dzieci zdrowych. Rolą nauczyciela jest kreowanie warunków, które będą sprzyjać nawiązywaniu prawidłowych relacji między uczniami zdrowymi i dziećmi z chorobą przewlekłą. Wszelkie działania podejmowane zarówno przez rodziców dzieci, jak i współpracujących z nimi nauczycieli powinny zmierzać ku temu, aby na skutek choroby nie doszło do wykluczenia dziecka z normalnego życia, a zostały stworzone warunki do jego prawidłowego rozwoju. Dlatego też warto wprowadzić uczniów z otoczenia dziecka z chorobą przewlekłą w omawianą problematykę i opowiedzieć o dolegliwościach, z jakimi zmaga się na co dzień ich kolega czy koleżanka. Oczywiście przeprowadzenie tego rodzaju rozmowy winno zostać odpowiednio zaplanowane i przygotowane, poprzedzone rozmową z uczniem chorym na padaczkę oraz z jego rodzicami. Dziecko chore ma prawo czuć obawy przed udzieleniem informacji pozostałym uczniom z klasy na temat jego choroby. Wychowawca prowadzący rozmowę z uczniem, najlepiej w obecności pedagoga i psychologa szkolnego, winien rozeznać, jakich reakcji ze strony rówieśników boi się dziecko i wspólnie z nim podjąć decyzję, w jakim zakresie informacje dotyczące padaczki będą przekazane pozostałym członkom klasy. Uczeń z padaczką powinien móc także zdecydować, czy chce być obecny podczas przeprowadzania tejże rozmowy, czy też woli, aby odbyła się pod jego nieobecność. Podobne kwestie należy poruszyć podczas rozmowy z rodzicami ucznia z chorobą przewlekłą. Należy im także umożliwić uczestnictwo w lekcji, podczas której odbędzie się rozmowa na temat choroby ich dziecka.

Przebieg lekcji poruszającej problematykę funkcjonowania ucznia z padaczką powinien być dostosowany do wieku odbiorców przekazywanych informacji. Wiele zależy od kreatywności i pomysłu nauczyciela wychowawcy, który może sam podjąć się realizacji omawianego zagadnienia lub poprosić o pomoc eksperta – lekarza, psychologa bądź innego specjalistę zawodowo zajmującego się pracą z osobami cierpiącymi na padaczkę.

PODSUMOWANIE

Niniejszy artykuł stanowi jedynie zarys problematyki funkcjonowania uczniów z padaczką w szkole ogólnodostępnej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na ograniczenia i trudności wynikające ze specyfiki tejże choroby, doświadczane nie tylko przez dziecko i jego rodzinę, ale również przez nauczycieli odpowiedzialnych za właściwą organizację i przebieg procesu dydaktyczno-wychowawczego. Prezentowane przez autorów zagranicznych niejednoznaczne wyniki badań prowadzonych nad osiągnięciami szkolnymi uczniów chorych, a także niedostatek opracowań na gruncie literatury polskiej eksplorujących zasygnalizowane obszary, wskazuje na potrzebę dalszego zgłębiania zagadnień dotyczących edukacyjnej oraz społecznej sytuacji dziecka z padaczką.

BIBLIOGRAFIA

Aldenkamp, A., Arends, J. (2004). The relative influence of epileptic EEG discharges, short nonconvulsive seizures, and type of epilepsy on cognitive function. *Epilepsia*, 45, 54–63. DOI: 10.1111/j.0013-9580.2004.33403.x

Berg, A.T. (2011). Epilepsy, cognition, and behavior: The clinical picture. *Epilepsia*, 52, 7–12. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02905.x

Blicharska-Skiba, S. (2012). Specyfika szkolnego funkcjonowania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – wybrane aspekty. W: K. Bidziński (red.). *Wspomaganie rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej* (s. 209–218). Kielce: Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Branford, D., Bhaumik, S., Kiani, R. (2015). Epilepsy. W: S. Bhaumik. D. Branford. M. Barret. S.K. Gangadharan (red.). *The firth prescribing guidelines for people with intellectual disability* (s. 31–62). 3rd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons Inc.

Bulteau, C., Jambaque, I., Viguier, D., Kieffer, V., Dellatolas, G., Dulac, O. (2000). Epileptic syndromes, cognitive assessment and school placement: a study of 251 children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 319–327. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2000.tb00097.x

Carlton-Ford, S., Miller, R., Nealeigh, N., Sanchez, N. (1997). The effects of perceived stigma and psychological over-control on the behavioural problems of children with epilepsy. *Seizure*, 6, 383–391.

Chaix, Y., Laguitton, V., Lauwers-Cances, V., Daquin, G., Cances, C., Demonet, J.F., Villeneuve, N. (2006). Reading abilities and cognitive functions of children with epilepsy: Influence of epileptic syndrome. *Brain and Development*, 28(2), 122–130.

Davies, S., Heyman, I., Goodman, R. (2003). A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 292–295. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2003.tb00398.x

Deonna, T., Zesiger, P., Davidoff, V., Maeder, M., Mayor, C., Roulet, E. (2000). Benign partial epilepsy of childhood: a longitudinal neuropsychological and EEG study of cognitive function. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 595–603. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2000.tb00364.x

Hermann, B.P., Jones, J.E., Sheth, R., Koehn, M., Becker, T., Fine, J., Allen, C.A., Seidenberg, M. (2008). Growing up with epilepsy: A two-year investigation of cognitive development in children with new onset epilepsy. *Epilepsia*, 49(11), 1847–1858. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2008.01735.x

Ibekwe, R., Ojinaka, N. (2008). Academic performance of school children with epilepsy. Pobrane 25, Maja, 2021 z: https://www.researchgate.net/publication/23488991_Academic_performance_of_school_children_with_epilepsy

Janion, E. (2007). Dziecko przewlekle chore w rodzinie. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Jędrzejczak, J. (2008). Padaczka. Najtrudniejsze są odpowiedzi na proste pytania. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.

Jędrzejczak, J. (2014). Padaczka. W: W. Kozubski. P. Liberski (red.). *Neurologia* (s. 663–682). Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Jóźwiak, S. (2009). Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu. Warszawa: CMPPP.

Kmieć, T. (2010). Padaczka. W: B. Woynarowska (red.). *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację* (s. 194–209). Warszawa: PWN.

Kourkouta, L., Papathanasiou, I.V., Rarra, A., Kleisiaris, C. (2014). The impacts of childhood epilepsy in school children. *Journal of Scientific Research & Reports*, 3(13), 1798–1804. DOI: 10.9734/JSRR/2014/9798

Kowalczyk, P. (2013). Patofizjologia układu nerwowego. W: A.M. Badowska-Kozakiewicz (red.). *Patofizjologia człowieka* (s. 539–560). Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Krause, M., Kozik, A. (2008). Dziecko z padaczką. W: B. Cytowska. B. Winczura. A. Stawarski (red.). *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju* (s. 299–317). Kraków: Impuls.

Krzyżyk, D. (2012). Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży – zarys problematyki. W: A. Guza. D. Krzyżyk (red.). *Praca z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Tom I* (s. 7–16). Kielce: Wyd. Pedagogiczne ZNP.

Maciarz, A. (1996). Dziecko długotrwale chore. Poradnik opiekuńczo-wychowawczy. Zielona Góra: Verbum.

Maciarz, A. (2006). Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Warszawa: Żak.

Maciarz, A. (2009). Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo. Książka dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Żak.

Majkowski, J. (2001). Patomechanizm napadów padaczkowych i etiopatogeneza padaczki. W: R. Michałowicz (red.). *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci* (s. 15–29). Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.

Małkowska-Szkutnik, A., Woynarowska, B. (2017). A student with epilepsy. How to support child's education health and development. Guidebook for teachers who have a child with epilepsy in their class. Pobrano: 25, Maja, 2021 z: http://www.imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Epischool/Guidebook%20for%20teachers_EPISCHOOL.pdf

Mishra, O.P., Upadhyay, A., Prasad, R., Upadhyay, S.K., Piplani, S.K. (2016). Behavioral problems in Indian children with epilepsy. *Indian Pediatrics*, 54, February 15, 116–120. DOI: 10.1007/s13312-017-1012-7

Mojs, E. (2001). Ocena funkcji poznawczych u dzieci i młodzieży z padaczką leczonych lamotryginą lub wigabatryną w systemie mono- lub politerapii. *Epileptologia*, 2, 143–167.

Mojs, E., Gajewska, E., Głowacka, M.D., Samborski, W. (2007). Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terapii. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 53(3), 82–87.

Nowicka, A. (2001). Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej. Kraków: Impuls.

Oleś, M. (2010). Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie. Lublin: Wyd. KUL.

Oostrom, K.J., van Teeseling, H., Smeets-Schouten, A., Peters, A.C.B., Jennekens-Schinkel, A. (2005). Three to four years after diagnosis: cognition and behaviour in children with 'epilepsy only': A prospective, controlled study. *Brain*, 128, 1546–1555. DOI: 10.1093/brain/awh494

Oszwa, U. (2007). Dziecko z zaburzeniami rozwoju i zachowania w klasie szkolnej. Vademecum nauczycieli i rodziców. Kraków: Impuls.

Pawłowska-Jaroń, H. (2014). Padaczka w relacji: pacjent – rodzic – terapeuta. Kraków: Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Pierzchała, K. (2015). Padaczka. W: A. Stępień (red.). *Neurologia*. Tom III (s. 171–197). Warszawa: Medical Tribune Polska.

Pinton, F., Ducot, B., Motte, J., Arbuès, A.S., Barondiot, C., Barthez, M.A., Chaix, Y., Cheminal, R., Livet, M.O., Penniello, M.J., Peudenier, S., Saint-Martin, A., Billard, C. (2006). Cognitive functions in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS). *Epileptic Disorders*, 8(1), 11–23.

Putra, B.P., Triono, A., Susilawati, D. (2018). Cognitive function in children with epilepsy. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 38(2), 74–79. DOI: 10.3126/jnps.v38i2.19386

Sander, J.W., Hart, Y.M. (2002). Padaczka – pytania i odpowiedzi. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press.

Schouten, A., Oostrom, K.J., Pestman, W.R., Peters, A.C.B., Jennekens-Schinkel, A. (2002). Learning and memory of school children with epilepsy: A prospective controlled longitudinal study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 803–811. DOI: 10.1017/S0012162201002973

Shah, A.A., Othman, A. (2017). A comparative study of psychological problems of children suffering from cancer, epilepsy and asthma. *Intellectual Discours*e, 25(1), 155–185.

Smith, M.L., Elliott, I.M., Lach, L. (2002). Cognitive skills in children with intractable epilepsy: Comparison of surgical and nonsurgical candidates. *Epilepsia*, 43(6), 631–637. DOI: 10.1046/j.1528-1157.2002.26101.x

Soria, C., Escolano, S., El Sabbagh, S., Chmura, S., Bulteau, C., Chiron, C., Dellatolas, G. (2012). Behavioral problems, cognitive difficulties and quality of life in children with epilepsy: An analysis of parental concerns. *Child Neuropsychology*, 18(3), 209–227. DOI: 10.1080/09297049.2011.602012

Thijs, R.D., Surges, R., O'Brien, T.J., Sander, J.W. (2019). Epilepsy in adults. *The Lancet*, 93(10172), 689–701. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32596-0

SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EPILEPSY

Abstract: Introduction: Epilepsy is one of the most common chronic conditions of the nervous system. It occurs in around 0,5–1% of school-aged children. It should be emphasized, that a chronic disease is always a very difficult and stressful situation, not only for a child and their family, but also for teachers who cooperate with them. **Research Aim:** The aim of this research is to draw attention to the school situation of a child with epilepsy, regarding especially to them educational needs resulting from the specificity of the disease.

Keywords: special educational needs, epilepsy